

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

---

ANNÉE 1940

N°.....

189

**THÈSE**  
pour le DOCTORAT en MÉDECINE  
(Diplôme d'État)

PAR

**Jacques FÉNEON**

ANCIEN EXTERNE DES HÔPITAUX DE PARIS

né le 28 Octobre 1910 à Toul (Meurthe-et-Moselle)

---

**Rhumatisme Chronique  
et Syphilis**

---

*Président : M. MATHIEU, Professeur.*

---

PARIS

AMEDEE LEGRAND, EDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS

—  
1940



FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

---

ANNÉE 1940

N° .....

**THÈSE**  
pour le DOCTORAT en MÉDECINE  
(Diplôme d'État)

PAR

**Jacques FÉNÉON**

ANCIEN EXTERNE DES HOPITAUX DE PARIS

né le 28 Octobre 1910 à Toul (Meurthe-et-Moselle)

---

**Rhumatisme Chronique  
et Syphilis**

---

*Président : M. MATHIEU, Professeur.*

---

PARIS

AMEDEE LEGRAND, EDITEUR

93, BOULEVARD SAINT-GERMAIN, PARIS

—  
1940

# I. — PROFESSEURS

|                                                                     |  |
|---------------------------------------------------------------------|--|
| Anatomie .....                                                      |  |
| Physiologie .....                                                   |  |
| Physique médicale .....                                             |  |
| Chimie médicale .....                                               |  |
| Bactériologie .....                                                 |  |
| Parasitologie et histoire naturelle médicale .....                  |  |
| Pathologie et thérapeutique générales .....                         |  |
| Pathologie médicale .....                                           |  |
| Pathologie chirurgicale .....                                       |  |
| Anatomie pathologique .....                                         |  |
| Histologie .....                                                    |  |
| Pharmacologie et matière médicale .....                             |  |
| Thérapeutique .....                                                 |  |
| Hygiène et médecine préventive .....                                |  |
| Médecine légale .....                                               |  |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie .....                    |  |
| Pathologie expérimentale et comparée .....                          |  |
| Hydrologie thérapeutique et climatologie .....                      |  |
| Clinique Médicale .....                                             |  |
| Hygiène et clinique de la première enfance .....                    |  |
| Clinique des maladies des enfants .....                             |  |
| Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale ..... |  |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques .....               |  |
| Clinique des maladies du système nerveux .....                      |  |
| Clinique des maladies infectieuses .....                            |  |
| Clinique chirurgicale .....                                         |  |
| Clinique ophtalmologique .....                                      |  |
| Clinique urologique .....                                           |  |
| Clinique d'accouchements .....                                      |  |
| Clinique gynécologique .....                                        |  |
| Clinique chirurgicale infantile et orthopédie .....                 |  |
| Clinique thérapeutique médicale .....                               |  |
| Clinique oto-rhino-laryngologique .....                             |  |
| Clinique thérapeutique chirurgicale .....                           |  |
| Clinique propédeutique .....                                        |  |
| Clinique de la tuberculose .....                                    |  |
| Clinique chirurgicale orthopédique de l'adulte .....                |  |
| Clinique de cardiologie .....                                       |  |
| Clinique de neuro-chirurgie .....                                   |  |
| Assistance médico-sociale .....                                     |  |
| Professeurs sans chaire .....                                       |  |

|                    |  |
|--------------------|--|
| MM.                |  |
| ROUVIERE.          |  |
| Léon BINET.        |  |
| STROHL.            |  |
| POLONOVSKI.        |  |
| Robert DEBRÉ.      |  |
| BRUMPT.            |  |
| BAUDOUIN.          |  |
| PASTEUR-VALLERY-   |  |
| RADOT.             |  |
| MONDOR.            |  |
| LEROUX.            |  |
| CHAMPY.            |  |
| TIFFENEAU.         |  |
| AUBERTIN.          |  |
| TANON.             |  |
| BALTHAZARD.        |  |
| LÉVY-VALENSI.      |  |
| Henri BÉNARD.      |  |
| CHIRAY.            |  |
| ABRAMI.            |  |
| FIESSINGER.        |  |
| LOEPER.            |  |
| RATHERY.           |  |
| LEREBOULLET.       |  |
| NOBÉCOURT.         |  |
| LAIGNEL-LAVASTINE. |  |
| GOUGEROT.          |  |
| GUILLAIN.          |  |
| LEMIERRE.          |  |
| CUNÉO.             |  |
| GOSSET.            |  |
| GRÉGOIRE.          |  |
| LENORMANT.         |  |
| VELTER.            |  |
| CHEVASSU.          |  |
| COUVELAIRE.        |  |
| JEANNIN.           |  |
| LÉVY-SOLAL.        |  |
| MOCQUOT.           |  |
| OMBREDANNE.        |  |
| HARVIER.           |  |
| LEMAITRE.          |  |
| Pierre DUVAL.      |  |
| Maurice VILLARET.  |  |
| TROISIER.          |  |
| MATHIEU.           |  |
| LAUBRY.            |  |
| Clovis VINCENT.    |  |
| N...               |  |
| HAZARD.            |  |
| MULON.             |  |
| OLIVIER.           |  |
| SANNIÉ.            |  |
| VERNE.             |  |



# II. — AGREGES EN EXERCICE

|                |                          |
|----------------|--------------------------|
| MM.            |                          |
| AMELINE ....   | Pathologie chirurgicale. |
| BARIÉTY ....   | Pathologie médicale.     |
| BERNARD (E.).  | Pathologie médicale.     |
| BEZANÇON (J.). | Hydrologie.              |
| BONNET ....    | Bactériologie.           |
| BOULANGER ..   | Chimie.                  |
| BOULIN ....    | Pathologie médicale.     |
| BROUET ....    | Pathologie médicale.     |
| BULLIARD ....  | Histologie.              |
| CACHERA ....   | Pathologie médicale.     |
| CORDIER ....   | Anatomie.                |

|               |                          |
|---------------|--------------------------|
| MM.           |                          |
| COSTE .....   | Pathologie médicale.     |
| COUVELAIRE    |                          |
| (Roger) ....  | Urologie.                |
| DELARUE ....  | Anatomie pathologique.   |
| DELAY .....   | Pathologie médicale.     |
| DEGREZ (H.).  | Physique.                |
| DESOILLE .... | Médecine légale.         |
| DIGONNET ..   | Obstétrique.             |
| DOGNON ....   | Physique.                |
| FUNCK .....   | Pathologie chirurgicale. |
| GALLIARD .... | Parasitologie.           |

## II. — AGREGES EN EXERCICE (Suite)

| MM.                        |                           | MM.           |                          |
|----------------------------|---------------------------|---------------|--------------------------|
| GARCIN .....               | Pathologie médicale.      | MARCHAL ...   | Pathologie chirurgicale. |
| M <sup>lle</sup> GAUTHIER- |                           | MÉNÉGAUX ..   | Pathologie chirurgicale. |
| VILLARS ...                | Anatomie pathologique.    | MOLLARET ..   | Pathologie médicale.     |
| GAYET .....                | Physiologie.              | MOUQUIN ....  | Pathologie médicale.     |
| DE GENNES ..               | Pathologie médicale.      | PATEL .....   | Pathologie chirurgicale. |
| GIROUD .....               | Histologie.               | PETIT-DUTAIL- |                          |
| HAGUENAU ..                | Pathologie médicale.      | LIS .....     | Pathologie chirurgicale. |
| HALPHEN ....               | Oto-rhino-laryngologie.   | RENARD .....  | Ophtalmologie.           |
| JOANNON ....               | Hygiène.                  | RICHET .....  | Physiologie.             |
| LACOMME ....               | Obstétrique.              | SENEQUE ..... | Pathologie chirurgicale. |
| LANTUEJOUL..               | Obstétrique.              | SICARD .....  | Pathologie chirurgicale. |
| LAVIER .....               | Parasitologie.            | SOULIE .....  | Pathologie médicale.     |
| LELONG .....               | Pathologie médicale.      | SUREAU .....  | Obstétrique.             |
| LEMAIRE ....               | Pathologie expérimentale. | TURPIN .....  | Pathologie médicale.     |
| M <sup>lle</sup> J. LÉVY.. | Pathologie médicale.      | WILMOTH ....  | Pathologie chirurgicale. |
| LENÈGRE ....               | Pharmacologie.            |               |                          |

## III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le service des examens

| MM.          |                          | MM.          |                          |
|--------------|--------------------------|--------------|--------------------------|
| ALGLAVE .... | Pathologie chirurgicale. | LARDENNOIS.  | Pathologie chirurgicale. |
| BUSQUET .... | Pharmacologie.           | LE LORIER .. | Obstétrique.             |
| CHAILLEY-    |                          | NEVEU-       |                          |
| BERT .....   | Physiologie.             | LEMAIRE ..   | Parasitologie.           |
| GUENIOT .... | Obstétrique.             | VAUDESCAL .  | Obstétrique.             |
| HEITZ-BOYER. | Pathologie chirurgicale. |              |                          |

## IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

| MM.           |                    | MM.         |  |
|---------------|--------------------|-------------|--|
| ALAJOUANINE.  |                    | BASSET.     |  |
| BRULÉ.        |                    | BROCQ.      |  |
| CATHALA       |                    | CADENAT.    |  |
| CHABROL.      |                    | GATELLIER.  |  |
| CHEVALLIER    |                    | DE GAUDART  |  |
| GASTINEL      |                    | D'ALLAINES. |  |
| DONZELOT.     | Clinique médicale. | MOULONGUET. |  |
| DUVOIR.       |                    | QUÉNU.      |  |
| HUGUENIN      |                    | MOURE.      |  |
| LAROCHE (G.). |                    |             |  |
| LIAN.         |                    |             |  |
| MOREAU        |                    |             |  |
| PIÉDELÈVRE.   |                    |             |  |
| SEZARY.       |                    |             |  |
| MM.           |                    |             |  |
| ECALLE.       |                    |             |  |
| METZGER.      |                    |             |  |
| VIGNE.        |                    |             |  |
| PORTES.       |                    |             |  |

## V. — CHARGES DE COURS

| MM.                    |                      |
|------------------------|----------------------|
| CHAILLEY-BERT, agrégé. | Education physique.  |
| LEDoux-LEBARD .....    | Radiologie clinique. |
| RUPPE .....            | Stomatologie.        |
| WEIL-HALLÉ .....       | Puériculture.        |

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.



A MON PERE

A MA MERE

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A MON PRESIDENT DE THESE :

MONSIEUR LE PROFESSEUR PAUL MATHIEU

Professeur de Clinique Chirurgicale Orthopédique de l'Adulte  
Officier de la Légion d'Honneur.

*Qui a bien voulu nous faire l'hon-  
neur de présider cette thèse ;*

*Hommage de respectueuse recon-  
naissance.*

A MONSIEUR LE DOCTEUR GRENET

Médecin de l'Hôpital Bretonneau

*En témoignage de reconnaissance  
respectueuse pour l'enseignement pré-  
cieux qu'il nous a prodigué.*

## A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

### *Stage :*

M. LE PROFESSEUR CARNOT

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ ALGLAVE

M. LE PROFESSEUR NOBECOURT

### *Externat :*

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ BASSET

M. LE DOCTEUR LEVEQUE

M. LE PROFESSEUR AGRÉGÉ METZGER

M. LE DOCTEUR HALBRON

M. LE PROFESSEUR MARION

M. LE DOCTEUR FAROY

M. LE PROFESSEUR HARVIER

M. LE DOCTEUR JANET

A MM. LES DOCTEURS

PAUL GUERIN

MARCEL PERARD

LARGEAU

ROBERT MOUCHOTTE

A MES CONFERENCIERS

A MONSIEUR LE DOCTEUR FAUVET

Ancien Interne des Hôpitaux de Paris

*Qu'il veuille trouver ici l'expression  
de mon amitié reconnaissante pour  
les conseils qu'il m'a donnés pendant  
l'élaboration de ce travail.*

## INTRODUCTION

Depuis le début du 20<sup>e</sup> siècle, la syphilis est beaucoup plus facilement décelée grâce aux réactions de laboratoire : sérologie en particulier. On a pu aussi lui rattacher de nombreuses affections somatiques, dont l'origine était restée indéterminée et imprécise ; on comprend tout l'intérêt de la chose en raison des directives thérapeutiques qui en résultent.

C'est ainsi qu'on a été amené à faire jouer un certain rôle à la syphilis dans l'étiologie du rhumatisme chronique. Certes, dans la seconde moitié du 19<sup>e</sup> siècle, on avait identifié les manifestations osseuses articulaires et synoviales de la syphilis, d'une manière si nette et si complète que les travaux modernes n'ont pu, à part des images radiologiques, ajouter beaucoup de signes aux descriptions princeps.

Par contre, le rhumatisme chronique, tel qu'il avait été observé et décrit, restait une entité morbide nette. Son étiologie était vague et imprécise et on ne relevait, comme causes, que la diathèse arthri-

tique ou des faits secondaires, comme le froid, l'humidité ou l'hérédité.

Depuis quelques années, on a été amené à diviser le cadre du rhumatisme chronique ; il est maintenant classique de distinguer nettement les arthrites, réaction infectieuse, et les arthroses, processus dégénératif dont l'origine reste très discutée. Parmi les facteurs infectieux, les plus évoqués et les plus discutés sont la syphilis et la tuberculose. Remarquons que la syphilis, agissant à la fois comme facteur local et comme modificateur du terrain, pourra être à la base et des arthrites et des arthroses.

Il était naturel qu'on songeât à faire jouer un rôle important à la syphilis dont on sait la fréquence et le polymorphisme. La spécificité semble capable de léser les cartilages et les synoviales, comme elle atteint les tuniques artérielles ou le parenchyme rénal ou hépatique. Au niveau des articulations, on observera les mêmes caractères de sclérose diffuse, mal individualisée ; il sera souvent difficile de faire la preuve de la syphilis qui, souvent, sera affirmée par les réactions sérologiques et par le reste de l'examen, plus que par le caractère de lésions cliniquement, radiologiquement et anatomiquement banales.

Cette syphilis atténuée ou larvée ne doit pas être méconnue, car le traitement spécifique pourra amener une amélioration rapide et notable, après l'échec de toutes les médications anti-rhumatismales

ou physiothérapiques. C'est dire que chez tous les rhumatisants, la syphilis devra être recherchée systématiquement par l'examen clinique et sérologique.

Nous allons, dans ce travail, après avoir brièvement relaté l'histoire de la question, étudier les lésions articulaires de la syphilis ; nous nous attacherons surtout à l'étude du rôle de la syphilis dans les différentes formes de rhumatisme chronique, après avoir cherché à mettre en évidence les caractères généraux du rhumatisme syphilitique ; enfin, nous insisterons sur la conclusion pratique de cette thèse, c'est-à-dire sur la nécessité, les modalités et les résultats du traitement.



## HISTORIQUE

Les arthropathies syphilitiques semblent avoir été signalées dès le quinzième siècle par PIERRE LE MARTYR. En fait, il faut attendre 1850 pour trouver les premières descriptions valables : c'est l'époque où RICARD va séparer les maladies vénériennes, jusque-là plus ou moins confondues. La syphilis va être nettement individualisée dans ses signes, d'abord, puis dans ses complications. C'est en France que parurent les premiers travaux. ALFRED RICHET, en 1853, donne une description valable. En 1863, LANCEREAUX reconnaît la pérисynovite gommeuse, dont l'identité sera l'objet de longues discussions entre PILLIOU et GANGOLPHE. En même temps, en Allemagne, paraissaient des articles étudiant surtout l'anatomie pathologique de ces arthrites, articles dûs à RISEL, FINGER, VIRCHOW. Les thèses de MÉRICAMP (1882), DEFONTAINE (1885) rapportent de nouvelles observations. En Angleterre, paraissent les travaux de CLUTTON (1886). Fournier dans son *Traité de la Syphilis*, donne une description magistrale des lésions ostéo-articulaires, description qui reste encore

valable de nos jours. FOUQUET, en 1906, consacre une thèse importante à la syphilis articulaire.

La notion du rhumatisme chronique syphilitique était beaucoup moins nettement envisagée.

En 1910, BARRÉ consacre sa thèse aux arthropathies tabétiques. Il veut y voir une manifestation spéciale de la syphilis articulaire. Cette théorie sera rapidement combattue et les arthropathies tabétiques rentreront dans le cadre des arthropathies nerveuses, à côté de celles de la syringomyélie.

En 1915, DUFOUR insiste, à la Société Médicale des Hôpitaux, sur l'étiologie syphilitique du rhumatisme chronique. Il reviendra sur ce sujet en 1923. CARNOT et BLAMOUTIER rapportent, à la même Société, des cas de rhumatisme syphilitique, cependant que Hague-nau et Bernard, Duhot, Flandin discutent l'étiologie réelle de cette affection. NOBÉCOURT, AMNA, BAZAN, la thèse de M<sup>lle</sup> MARCHAND, insistent sur le rôle de l'hérédo-syphilis. En 1925, GILBERT DREYFUS et BOURGEOIS publient une revue générale qui fait la somme des données acquises.

A l'étranger, FINK et ASSMANN, RICCIARDI, HOFFMANN, CASAZZA et COTINI, VOLTA apportent de nouveaux documents sur la question.

Depuis quelques années, on ne trouve, dans la littérature, que des documents épars. Coste et ses collaborateurs étudient le rôle de la syphilis dans l'étiologie de la sciatique et de la coxarthrie. COSTE et

FORESTIER, dans leur rapport au Congrès d'Aix-les-Bains (1934) insistent plus sur le rôle de la tuberculose que sur la part de la syphilis.

BEZANÇON, M. P. WEILL, WEISSENBAACH et FRANÇON, WEISSENBAACH et DREYFUS, HARVIER et BARIETY, WEIL et BOURGEOIS, TORLAIS (de la Rochelle), publient des articles dans différentes revues. Signalons enfin les thèses de M<sup>me</sup> GEISMAR (Paris, 1922), ROUGIER (Paris, 1924), VAGNON (Lyon, 1924).

Au cours de ces dernières années, le rhumatisme chronique a été démembré en ses différents éléments : on ne peut concevoir et décrire comme une même maladie des affections aussi différentes que la polyarthrite chronique évolutive, la coxarthrie, la névralgie cervico-brachiale. Dans ce chapitre de la pathologie en plein remaniement, il importe d'essayer de préciser le rôle de la syphilis dans les diverses manifestations rhumatismales.



## LES DONNÉES CLASSIQUES SUR LA SYPHILIS ARTICULAIRE

Les manifestations articulaires de la syphilis sont bien connues depuis la fin du siècle dernier. Il s'agit de lésions rares, typiques, facilement rattachées à leur étiologie. On a voulu les diviser en manifestations secondaires et tertiaires ; il est préférable, croyons-nous, de les classer selon les types cliniques, sans préjuger de leur date d'apparition qui est essentiellement variable.

*Les arthralgies* sont une des manifestations les plus fréquentes. Elles sont polyarticulaires, frappant à la fois plusieurs grosses articulations, ne sont pas systématisées. La hanche est rarement prise, les épaules sont fréquemment lésées. Ce sont des douleurs à maximum nocturne et matinal, dissipées rapidement par l'exercice, après une exacerbation aux premiers mouvements. Elles sont intermittentes, disparaissent même sans traitement, mais reparaissent et sont tenaces. Il est classique de dire qu'elles ne sont pas influencées par les analgésiques. En fait,

elles sont parfois améliorées. Leur caractère essentiel est l'absence de signes objectifs : pas de points douloureux, pas de gonflement, pas de modification de l'image radiologique. Leur fréquence est assez grande (20 % des cas de syphilis). On les observe surtout pendant la période secondaire, mais elles peuvent se voir aussi plus tardivement. Elles cèdent très rarement au traitement. Elles peuvent apparaître au cours du traitement, assimilées par certains à un phénomène d'Herxheimer. Dans d'autres cas, ces arthralgies annoncent une hydarthrose ou une arthrite.

Chez les hérédo-syphilitiques, on a pu observer les mêmes faits : c'est ce que Fournier appelait les fausses douleurs de croissance, dont l'origine est révélée par l'épreuve du traitement.

*Le rhumatisme subaigu syphilitique* ou pseudorhumatisme subaigu de Fournier groupe des faits plus disparates. Classiquement, il s'agit de manifestations subaiguës, surtout secondaires. Les douleurs sont surtout nocturnes, frappant un petit nombre d'articulations, assez fixes. Il y a peu de fièvre. Localement, on ne trouve qu'une légère fluxion articulaire. Le salicylate est sans effet. Le traitement anti-syphilitique amène une guérison rapide. Non traité, le rhumatisme peut laisser des enkyloses partielles. Il n'y a jamais de complications cardiaques. Il existe de même des rhumatismes subaigus au cours de

l'hérédo-syphilis. Gilbert, Bernard et Fatou ont décrit ces formes qui frappent surtout les grosses articulations, symétriquement, et passent fréquemment à la chronicité, même quand elles sont traitées.

Deux notions modernes doivent être mises en évidence : de véritables formes aiguës (Schlesinger, Weljaminoff, Hoffmann) débutent par une angine, sont fébriles, résistent au salicylate. On peut voir aussi des formes aiguës suppurées dont l'étiologie est souvent complexe.

*Les hydarthroses* constituent une des réactions articulaires les plus fréquentes. Elles sont cliniquement isolées. « L'épanchement constitue toute la maladie. » (Morestin.) Elles atteignent, par ordre de fréquence, les genoux, les tibio-tarsiennes, les poignets, les coudes. Leur bilatéralité semble moins fréquente que ne le voulaient les classiques. Elles sont insidieuses, indolentes, n'entraînent qu'une gêne fonctionnelle minime, malgré leur volume souvent important. Leur caractère essentiel est la ténacité et leur tendance à la chronicité. Elles guérissent par le traitement, sinon elles peuvent être à l'origine d'une ostéo-arthrite.

Nous insisterons spécialement sur l'hydarthrose bilatérale des genoux chez les hérédo-syphilitiques. Elle fut décrite par Clutton, en 1886. Elle s'accompagne d'atrophie musculaire, mais d'aucune lésion

osseuse à la radiographie. Cette hydarthrose peut rester latente, mais elle est si fréquente que certains auteurs (Cantonnet) ont voulu en faire un quatrième élément à ajouter à la triade d'Hutchinson, qui devient alors la tétrade de Merlier.

Les renseignements fournis par la ponction de l'épanchement sont assez différents suivant les auteurs. Blum et Fatou trouvent un liquide histologiquement purulent avec polynucléaires altérés. Fouquet a vu un liquide ambré, riche en lymphocytes. La description princeps de Richet parle de flocons de fibrine. Le Bordet-Wassermann est souvent positif et le reste, alors même qu'il a été négativé dans le sang. Certains auteurs, à la suite de Levaditi, ont pratiqué la recherche du tréponème qui est le plus souvent négative.

La pérисynovite gommeuse a une entité anatomique précise : l'existence de gomme dans le tissu cellulo-graisseux qui entoure la bourse synoviale. La synovie réagit par un épanchement. Cette forme s'observe surtout au genou (il est vrai que c'est au niveau de cet article que la palpation est la plus facile). Le début est lent, insidieux, par des troubles fonctionnels d'abord vagues qui se précisent peu à peu. A la période d'état, on trouve une articulation globuleuse, énorme, avec une synoviale très épaissie, « blindée », particulièrement au niveau du cul-de-sac

supérieur. Cette forme est curable par un traitement prolongé.

Les travaux de Hoffmann et de Freund ont repris l'étude anatomique de ces formes : ils insistent sur l'importance des lésions vasculaires.

*Les synovites tendineuses* nous semblent devoir être placées à côté de ces formes. Elles ont été décrites par Fournier. Il s'agit parfois d'hydropisie simple des synoviales tendineuses, réalisant une lésion comparable à l'hydarthrose. Sur le trajet d'un tendon (le plus souvent un extenseur des doigts), on trouve une tuméfaction allongée, fluctuante non douloureuse.

Il peut s'agir de synovites vraies : la tuméfaction prend alors un caractère inflammatoire. Elle est douloureuse spontanément, aux mouvements et à la pression. On trouve une zone empâtée, douloureuse avec parfois une légère crépitation. Cette forme est essentiellement chronique et persistante. On a pu, à leur sujet, discuter le rôle de la syphilis dans l'étiologie des synovites à grains riziformes.

On a décrit des formes frustes. Il existe aussi des hygromas : leur siège d'élection est la bourse prérotulienne, la bourse rétro-olécraniennne. Il existe une forme froide, une forme subaiguë et une forme sèche qui donne à la palpation une sensation de crépitation.

Nous venons de décrire les lésions élémentaires, les plus curables de la syphilis articulaire. Nous allons voir maintenant les formes plus sérieuses qui tirent leur gravité de l'atteinte concomitante de l'os et du cartilage articulaire. Ces formes donneront des images radiologiques nettes. Elles seront de pronostic fonctionnel plus sévère.

*L'ostéo-chondro-arthropathie* siège électivement au genou. Plus rares sont les atteintes du coude, de l'épaule ou de la tibio-tarsienne. Manifestation tardive de la syphilis, elle apparaît lentement et insidieusement. Pendant longtemps, elle se traduit uniquement par des douleurs nocturnes de type ostéocope, siégeant au niveau des condyles du fémur et du plateau tibial. Dès cette période, la radiographie peut mettre en évidence des lésions osseuses : hypertrophie périostique, ostéophytes. Bientôt, apparaît un gonflement articulaire. Il répond uniquement à l'hypertrophie des extrémités osseuses, car dans cette forme, la synoviale reste à peu près indemne. Il y a peu de douleurs, peu d'attitudes vicieuses.

*L'ostéo-chondro-synovite*, lésion plus complexe, réalise le tableau de la pseudo-tumeur blanche syphilitique de Fournier. Elle a le même début que la forme précédente, mais à la période d'état, le tableau est bien différent. Le genou est infiltré, globuleux, œdémateux, blanchâtre avec un lacis veineux bien

dessiné. Il existe un empâtement diffus, une atrophie musculaire nette. En même temps, dans le tissu péri-articulaire, évoluent des gommes qui peuvent s'ouvrir à la peau, par ulcération (Gougerot, Küss et Thiroloix). La suppuration est intarissable et on peut voir souvent une infection secondaire.

Ce tableau est très voisin de celui de la tumeur blanche tuberculeuse ; cependant, quelques éléments permettront la discrimination : l'indolence relative, l'absence de ganglions (du moins en l'absence de gommes ulcérées), l'inefficacité thérapeutique de l'immobilisation, le caractère moins ankylosant de l'ostéo-arthrite, la positivité des réactions sérologiques dans le liquide de ponction et dans le sang, l'influence du traitement d'épreuve qui agit surtout sur les gommes. La radiographie fournit également des éléments de diagnostic : on voit des images de périostite, images parfois brouillées par la présence de gommes, un épaississement considérable des extrémités osseuses, bien différent de la décalcification observée dans la tuberculose.

L'évolution est toujours grave ; le traitement arrête la marche des lésions, mais l'articulation ne récupère jamais toute sa mobilité.

Une forme est bien spéciale : celle observée chez les hérédosyphilitiques (Ménard et Mozer). Apparaissant entre 7 et 28 ans, elle frappe surtout les coudes et les genoux, donnant une hyperostose

« étrange, bizarre, parfois même extraordinaire » (Fournier). Non traitée, elle est grave, car elle peut entraîner un arrêt du développement du membre et causer une infirmité permanente.

Nous citerons maintenant sans y assister, quelques formes plus rares : arthrites avec fracture spontanée de voisinage, au niveau, d'une gomme, arthrite aiguë suppurée (Gaucher) due souvent à des germes associés.

Telles sont les différentes manifestations de la syphilis articulaire ; les unes sont assez fréquentes : arthralgies, hydarthroses. Les autres sont beaucoup plus rares. Elles apparaissent au cours d'une syphilis nette ; elles sont sensibles au traitement qui, dans les formes légères, est capable d'amener une guérison complète.

## CARACTERES GENERAUX DU RHUMATISME CHRONIQUE SYPHILITIQUE

Nous venons de voir, dans le chapitre précédent, la description classique des manifestations ostéo-articulaires de la syphilis. Nous allons maintenant envisager un aspect spécial de la question : le rôle de la syphilis dans l'étiologie du rhumatisme chronique « banal ». Comment ce rôle pourra-t-il être mis en évidence ? Annonçons, dès maintenant, qu'il ne sera pas toujours aisé de faire la preuve de la syphilis.

✱  
✱

Certains auteurs, en particulier Dufour et son école, Milian, Weissenbach, avaient voulu décrire, au rhumatisme syphilitique, une allure spéciale. La douleur serait plus vive, à caractères névralgiques, à siège plus nettement articulaire. L'atteinte des grosses articulations serait fréquente, le plus souvent asymétrique ; elle s'accompagnerait d'hydarthrose et d'atrophie musculaire rapide. Ces lésions articulaires apparaîtraient chez des sujets jeunes. Elles évolue-

raient moins rapidement, avec des améliorations et des rechutes souvent marquées par une reprise de l'hydarthrose, mais aboutiraient rarement à l'ankylose. En fait, ce sont là des nuances bien imprécises, bien inconstantes et qu'on ne saurait raisonnablement considérer comme pathognomoniques. Du reste, de nombreux auteurs admettent qu'il est impossible de reconnaître des caractères propres au rhumatisme syphilitique. On a voulu assigner au rhumatisme syphilitique un aspect radiologique spécial. Mais les auteurs ont des opinions différentes et bien souvent opposées : pour Milian, on doit penser à la syphilis en présence d'une hypertrophie périostique déterminant une opacification radiologique de l'os. Pour Dufour, les lésions seraient plus atrophiées que proliférantes. Gaston distingue trois processus : 1° l'ostéophytose : processus proliférant ; 2° l'ostéoporose, processus raréfiant ; 3° la pseudotumeur blanche, processus destructif. Weissenbach estime que la radio n'autorise aucune conclusion diagnostique. Il insiste sur l'importance de la recherche de lésions à distance, telles que gomme intra-osseuse ou hyperostose des os crâniens.

\*

\*\*

Ce n'est donc pas en se basant sur les résultats de l'examen clinique et de la radiographie qu'on peut espérer conclure à l'origine syphilitique d'une

arthrite. Ce qu'il faut, c'est rechercher systématiquement, chez tout malade atteint de rhumatisme, l'existence éventuelle d'une syphilis. Dans la plupart des cas, la spécificité n'est pas évidente. L'interrogatoire pourra révéler un antécédent net (ulcération génitale, série d'avortements). On pourra trouver, à un examen complet des stigmates viscéraux ou des signes neurologiques : leucoplasie, aortite, tabès fruste, signe d'Argyll-Robertson. La sérologie sera toujours pratiquée. Elle donne des réactions faiblement positives et dans quelques cas, ce n'est qu'après la réactivation que les réactions les plus sensibles : Kahn, Desmoulières, se montreront positives. Il s'agit, en effet, le plus souvent, de syphilis atténuées : syphilis de conception (Dufour), syphilis insuffisamment traitées (Flandin), voire même d'hérédo-syphilis (Nobécourt, Amna, thèse de M<sup>lle</sup> Marchand). La ponction de l'hydarthrose ramène un liquide le plus souvent banal, au point de vue cytologique. Pour Weissenbach, la sérologie y serait parfois positive, alors qu'elle est négative dans le sang.

\*\*

Ainsi, nous nous trouvons en présence de ces éléments : d'une part, un rhumatisme dont l'aspect est banal, d'autre part, une spécificité ancienne, atténuée. On pourrait conclure qu'il n'y a qu'une coïncidence et admettre qu'il s'agit simplement de rhumatismes chroniques chez des syphilitiques. *Il n'en est*

*rien.* Si nous considérons les statistiques qui ont été publiées, nous voyons que la proportion de syphilitiques est beaucoup plus élevée chez les rhumatisants que chez les malades prélevés au hasard dans un service d'hôpital ou dans une maternité. Weljamssoff, sur 817 rhumatisants, trouve 69 spécifiques, soit 8,4 %. Coste, sur 23 polyarthrites déformantes chez l'homme, trouve 7 syphilitiques. Coste, Fauvet et de Charmant, sur 155 coxarthries, trouvent 17 syphilis avérées (11 %), plus 10 possibles. Assmann trouve des chiffres analogues. Il faut convenir que tous les auteurs ne contrôlent pas ces données : Haguenau et Bernard, sur 31 rhumatisants, ne trouvent qu'un seul B. W. positif. Flandin, sur 4 cas, n'en trouve qu'un seul positif. Martin (de Nantes), sur 20 cas, n'en trouve aucun positif. Par contre, Dufour rapporte 10 cas de rhumatisme syphilitique ; M<sup>me</sup> Geismar les rappelle dans sa thèse et leur ajoute 3 nouveaux cas. Merklen rapporte 4 cas. En réalité, toutes les statistiques portant sur des chiffres assez élevés pour éviter les erreurs aboutissent à cette conclusion : on trouve, chez les rhumatisants, une proportion de syphilitiques d'environ 6 à 7 % et ceci en tenant compte seulement des syphilis prouvées, soit par les antécédents, soit par la sérologie, soit par d'autres atteintes viscérales. Dans une statistique inédite de Coste et Fauvet, portant sur 3.400 cas, on relève 203 cas de syphilis, soit 6,5 %.

A côté de cet argument de la fréquence, il en est un autre encore plus important et moins discutable : c'est l'effet du traitement. Il ne faut pas s'attendre — en dehors des cas d'arthralgies ou d'hydarthroses subaiguës — à une guérison rapide avec *restitutio ad integrum*. De même, une aortite ne disparaît pas après un traitement, alors même que ses signes fonctionnels s'atténuent. Mais si, chez des rhumatisants dont l'affection était rebelle à tous les traitements, une thérapeutique arsenicale, bismuthique ou mercurielle, amène une amélioration considérable, au point de vue fonctionnel, on est en droit de conclure à l'origine syphilitique de l'affection. De nombreux cas d'amélioration ont été signalés. Carnot et Blamoutier ont décrit un cas de rhumatisme chronique généralisé amélioré par l'arsenic. Dufour, Duchon et Durand, dans un cas de rhumatisme chronique déformant, constatent une amélioration rapide par le bismuth. Coste et ses collaborateurs, dans 7 cas de coxarthrie, observent 5 fois une amélioration. Notons que, dans tous ces cas, il n'y a pas eu modification de l'image radiologique. On a pu obtenir un arrêt de l'évolution, une disparition des troubles fonctionnels ; on ne peut espérer la guérison de lésions dont la sclérose constitue le substratum anatomique.



Nous ne nous étendrons pas sur la pathogénie du rhumatisme syphilitique. Elle est à peu près inconnue, de même que celle du rhumatisme chronique banal. On ne connaît pas le mécanisme de l'action de la spécificité. Est-ce une atteinte directe des éléments de l'articulation ? Ne s'agit-il pas plutôt d'un trouble trophique par lésion vasculaire ou neuro-végétative ? Marinesco pensait qu'il s'agissait d'une trophonévrose. Vagnon estime qu'il s'agit de troubles sympathiques et ainsi, ces rhumatismes pourraient être comparés aux arthropathies du tabès ou de la syringomyelie. La syphilis peut aussi agir par atteinte endocrinienne ou modifications humorales. Il est actuellement impossible de répondre à ces questions dans l'ignorance où nous sommes de l'étiologie générale du rhumatisme.

Un point spécial nous semble à signaler : des infections associées. Depuis Gougerot, on insiste sur les arthrites dues à la fois à la syphilis et à la gonococcie. Ménard et Mozer ont parlé de l'association tuberculose et syphilis dont ils soulignent la fréquence. (Ils ont fait leurs observations à Berck.) Coste, dans un rapport récent sur « Rhumatisme et traumatisme », a bien mis en évidence le rôle important que peut jouer le traumatisme dans l'apparition des ostéo-arthrites. La syphilis prépare le terrain, le traumatisme représente l'élément déclanchant.

## LE RHUMATISME CHRONIQUE SYPHILITIQUE

### Ses modalités et ses localisations

Le rhumatisme chronique syphilitique est capable de prendre des aspects bien différents qui doivent être classés comme ceux du rhumatisme chronique banal. Nous les étudierons successivement en insistant sur les formes dans lesquelles la fréquence de la syphilis est particulièrement élevée. Dans chaque formes, nous verrons quelle part il faut attribuer à la syphilis et ce qu'on peut attendre du traitement.

*Rhumatisme déformant syphilitique.* — C'est une polyarthrite avec tendance à la généralisation et à la symétrisation. Le début est annoncé par des crises douloureuses au niveau des jointures, d'intensité variable, d'une évolution capricieuse, avec de longues rémissions et des reprises brutales. C'est habituellement au niveau des doigts, moins fréquemment au niveau des orteils, qu'apparaissent ces douleurs. Bientôt, apparaissent des déformations qui vont s'accentuer progressivement et s'étendre, atteignant d'abord les mains et les pieds, puis gagnant plus ou moins vite les grosses articulations qui sont frap-

pées symétriquement. A la période d'état, se trouve réalisé le tableau décrit par Charcot. Les doigts sont immobilisés en flexion, le poignet fléchi sur l'avant-bras. Le pouce seul garde une certaine mobilité. Les doigts sont, dans l'ensemble, déjetés en coup de vent vers le bord cubital. La peau sèche, blanche, tendue, a un aspect presque sclérodermique. Les poignets sont déformés, surtout au niveau de la face dorsale du carpe. Le coude est fléchi, l'avant-bras en pronation.

Aux membres inférieurs, les lésions sont habituellement moins marquées. Le gros orteil est déjeté en hallux valgus, écrasant les deuxième et troisième orteils. La tibio-tarsienne et le genou sont presque bloqués, la hanche seule garde une certaine mobilité. A l'examen, on constate que tous les mouvements sont très limités et douloureux, tout essai de mobilisation forcée arrachant des cris au malade. L'atrophie musculaire est particulièrement nette, au niveau des muscles de l'avant-bras et des interosseux. Il est souvent difficile, en raison des déformations et de la douleur de rechercher les réflexes tendineux qui sont parfois vifs et polycinétiques.

L'évolution va durer pendant des années, avec de légères rémissions. Bientôt, toutes les articulations sont prises, y compris celles de la colonne vertébrale. Le malade est un véritable infirme ; sa déchéance physique, son amaigrissement s'accroissent, et il finit

par succomber à une maladie intercurrente ou aux conséquences du décubitus prolongé.

Quel est l'aspect radiologique de ces lésions : on voit de grosses déformations articulaires. Les épiphyses sont décalcifiées ; les interlignes articulaires sont d'abord écrasés, puis disparaissent. Des ponts fibreux réunissent les extrémités osseuses ; il y a même parfois de véritables synostoses, en particulier au niveau des os du carpe ou du tarse.

On a voulu donner une allure spéciale au rhumatisme chronique déformant syphilitique. Nous avons déjà vu les caractères cliniques mis en évidence par Dufour : âge plus jeune, intensité des arthralgies, la fréquence des poussées à type d'hydarthrose, la progression moins régulièrement symétrique, l'atteinte précoce et profonde des grosses articulations. En fait, ce sont là des caractères discutables. On a même décrit des formes avec grosses lésions osseuses (f. tabétoïde sans tabès). D'autres sont remarquables par leur tendance scléreuse, atrophiante. Les hanches peuvent être prises d'emblée.

Ce sera donc par le reste de l'examen somatique et par la sérologie qu'on pourra affirmer l'existence de la syphilis. En cas de doute, il faudra toujours faire un traitement d'épreuve. Il donne quelquefois un résultat rapide, surtout sur deux éléments : les douleurs et les hydarthroses. Le traitement devra être énergique et prolongé. On aura souvent avantage à

lui adjoindre la chrysothérapie (Coste, Weissenbach et Perlès).

*Les nodosités rhumatismales*, décrites par Meynet dans le rhumatisme, peuvent également s'observer dans la syphilis. Jeanselme insistait sur la fréquence de la syphilis ou du pian dans les antécédents des sujets porteurs de nodosités. On a pu trouver du tréponème à la biopsie ou dans le produit de suintement des nodules ulcérés. Actuellement, on tend à admettre que ces nodosités juxta-articulaires peuvent aussi bien — mais pas plus fréquemment — s'observer dans le rhumatisme syphilitique et dans le rhumatisme chronique d'autre origine. On doit toujours penser à la syphilis, si le nodule vient à s'ulcérer. Là encore, le traitement d'épreuve constitue vraiment la pierre de touche. Les nodosités ne réagissent pas au salicylate, mais disparaissent après quelques injections de bismuth ou d'arsenic.

*Les monoarthrites* semblent représenter la forme de beaucoup la plus fréquente de rhumatisme chronique syphilitique. Une grosse articulation est atteinte isolément de façon plus ou moins marquée. Le début se fait par des craquements articulaires, puis par une gêne fonctionnelle, d'abord minime, mais qui va rapidement en s'accroissant et en s'aggravant. Les signes physiques constatés seront variables suivant que l'articulation atteinte est profonde ou superficielle, suivant aussi le degré de

l'atrophie musculaire. Aussi est-il impossible de donner une vue d'ensemble des monoarthrites et nous faut-il envisager des descriptions différentes, suivant les jointures atteintes.

*La coxarthrie* est la plus fréquente des monoarthrites. Rappelons les chiffres de Coste, Fauvet et De Charmant qui, sur 155 coxarthries, trouvent 17 syphilis avérées et 10 syphilis possibles. Plus fréquente chez la femme que chez l'homme, elle apparaît habituellement vers la cinquantaine, plus tôt même quand il s'agit d'une coxarthrie syphilitique. Elle se traduit d'abord par une limitation des mouvements de la hanche qui, au réveil, sont presque bloqués, s'améliorant dans la journée, s'accompagnant souvent de douleurs, surtout nocturnes. A l'examen, on est frappé par l'atrophie des muscles fessiers, parfois par une apparence de raccourcissement du membre. On trouve une douleur localisée à la région trochantérienne, douleur que réveille aussi la percussion à distance, sur le genou, par exemple. La limitation de l'abduction et de la rotation externe sont considérables et pathognomoniques.

La radiographie est caractéristique : les extrémités osseuses sont déformées : la tête fémorale est comme aplatie, partiellement englobée par l'énorme ostéophytose qui entoure le bourrelet cotyloïdien, réalisant l'aspect classique « en tampon de wagon ». Le trochanter est souvent irrégulier et siège d'ostéo-

phytes. Il faut remarquer qu'il n'y a aucun rapport entre la gravité des lésions radiographiques et l'intensité des troubles fonctionnels observés. Certains coxarthriques sont des infirmes, alors qu'ils semblent n'avoir que des lésions minimales. Peut-être s'agit-il alors de néo-formations cartilagineuses transparentes aux rayons.

L'évolution est longue, grave, évoluant vers l'ankylose presque complète. Le traitement devra comprendre, outre la thérapeutique anti-syphilitique, un traitement local par injection péri-articulaire d'histamine ou par la radiothérapie. Une fois la phase évolutive terminée, on pourra être amené à faire un traitement chirurgical pour essayer de rendre quelques mouvements à la hanche.

Quelques faits spéciaux ont été signalés. Une des malades de Coste présentait une subluxation congénitale des deux hanches. C'est quelque temps après la contamination syphilitique qu'apparaît une double coxarthrie qui est très rapidement améliorée par le traitement spécifique à tel point que la malade refuse le traitement chirurgical proposé.

On a pu décrire des lésions analogues à l'ostéochondrites. Müller et Campbell ont pu parler de coxa-plana-syphilitique.

\*  
\*\*

C'est à propos de la coxarthrie que nous voudrions rappeler la division des rhumatismes en arthrites et arthroses. L'arthrite serait un phénomène infectieux, l'arthrose un processus dégénératif dû à des troubles vasculaires, à des troubles de la statique, aux microtraumatismes, à un dysfonctionnement ovarien. En fait, la syphilis est capable de produire à la fois des arthrites et des arthroses. Aussi, n'emploierons-nous, dans cette étude, qu'une classification topographique, sans préjuger de la variété anatomique. En faveur de l'arthrose, on pourrait citer l'ostéophytose, la présence de corps étrangers intra-articulaires, l'absence de signes infectieux, le chiffre peu élevé de la sédimentation globulaire.

*La monoarthrite du genou* est assez fréquente pour que Weissenbach et Lièvre puissent écrire : « Si la clavicule et le tibia sont les os chéris de la syphilis, le genou en est, à coup sûr, l'articulation préférée. » Observée surtout chez les sujets obèses, variqueux, elle se rapproche de l'arthrose que Böhler nomme « le genou douloureux des grosses femmes ». Comme elle, elle se traduit par une gêne des mouvements de flexion et, radiologiquement, par une ostéophytose discrète : rotule crochue, ostéophytose des condyles fémoraux. Elle est justiciable à la fois du traite-

ment anti-syphilitique et de la radiothérapie qui améliore notablement l'élément fonctionnel. Notons l'extrême fréquence des hydarthroses isolées qui peuvent constituer le premier stade de la monoarthrite syphilitique.

*La periarthrite scapulo-humérale* donne une limitation douloureuse des mouvements d'abduction et de circumduction du bras. Elle s'accompagne de craquements nets. Les images radiographiques sont le plus souvent négatives : quelquefois, cependant, on voit une légère décalcification de la tête humérale.

*Les petites articulations* peuvent également être atteintes au cours de la syphilis. Louste et Milian insistent sur les formes localisées aux têtes des métacarpiens et des phalanges qui s'accompagnent à la radio d'une opacification de la tête osseuse. Decourt considère comme localisations électives, la tête du premier métacarpien et le scaphoïde, cette dernière lésion pouvant aboutir à la production du pied plat. On a signalé un cas d'hypertrophie pneumique des doigts, amélioré nettement par le traitement anti-syphilitique. Ces atteintes des petites articulations nous semblent relever fréquemment de l'hybride syphilis-gonococcie, donc être justiciables d'un traitement mixte.

*L'atteinte du rachis* peut revêtir des tableaux très variés, dont certains sont actuellement très discutés. Il est difficile de dire quelle est la part de la syphilis dans la genèse du rhumatisme chronique vertébral, qui est caractérisé sur les radiographies par des ostéophytes en bec de perroquet et par l'ossification ligamentaire visible sur un cliché de profil.

La spondylose rhizomélique, avec l'atteinte du rachis des hanches et des épaules, ne relève que rarement de la syphilis. Elle serait plutôt due à l'hybride syphilis-gonococcie. Elle est justiciable du traitement par les agents radio-actifs plus que du traitement anti-syphilitique.

Les spondylites syphilitiques semblent avoir une existence mieux définie. Décrites par Ramsay Hunt, en 1912, elles furent l'objet de la thèse de Quignard, en 1924. Elles constituent ce qu'on a voulu appeler « le mal de Pott syphilitique ». Elles s'observent surtout au niveau du rachis cervical. Les éléments de diagnostic avec le mal de Pott sont : le caractère nocturne des douleurs, leur résistance à l'immobilisation, l'absence d'abcès, la coexistence, sur les radiographies, de lésions destructives et constructives. Ces spondylites peuvent provoquer des troubles nerveux par compression médullaire ou par méningite syphilitique. Enfin, rappelons que May. Decourt et M<sup>lle</sup> Wilm ont rapporté, en 1932, un cas de syphilis

vertébrale pseudo-angiomateuse où, du reste, les lésions semblaient plus osseuses qu'articulaires.

Des lésions très limitées du rachis au niveau des trous de conjugaison peuvent être à l'origine de névralgies : névralgie cervico-brachiale ou névralgie sciatique, peuvent être dues à la syphilis et n'être améliorées que par le traitement. Encore dans ces cas, est-il difficile de dire où est le siège exact de l'atteinte nerveuse et d'incriminer à coup sûr une arthrite vertébrale.

## LES ARTHROPATHIES PARA-SYPHILITIQUES

Nous envisagerons, sous ce nom, un des points les plus discutés de la pathogénie nerveuse : la nature réelle des arthropathies tabétiques. Elles furent décrites, en 1870, par Charcot et Joffroy qui, les premiers, établirent le rapport entre une affection nerveuse et des manifestations articulaires. Charcot estime que l'arthropathie est due à une lésion des cornes antérieures de la moelle : affirmation uniquement intuitive, car, faute de techniques histologiques suffisamment fines, Charcot n'a pu mettre ces lésions en évidence. En 1907, Etienne et Champy retrouvent une lésion des cornes antérieures de la moelle et du tractus sympathique adjacent.

En 1912, dans sa thèse, Barré étudie la pathogénie des arthropathies nerveuses : il insiste sur la fréquence et l'importance de l'ostéite au voisinage des articulations atteintes ; il estime que la syphilis, et elle seule, est cause des arthrites. Cette théorie est très discutée : l'existence d'arthropathies au cours de la syringomyélie constituant un argument massif

contre la théorie de Barré. Depuis, les travaux d'Alajouanine, de son élève Faulong, de Froment (de Lyon) et de son élève, Exaltier, font passer au premier plan de la pathogénie les lésions du système sympathique.

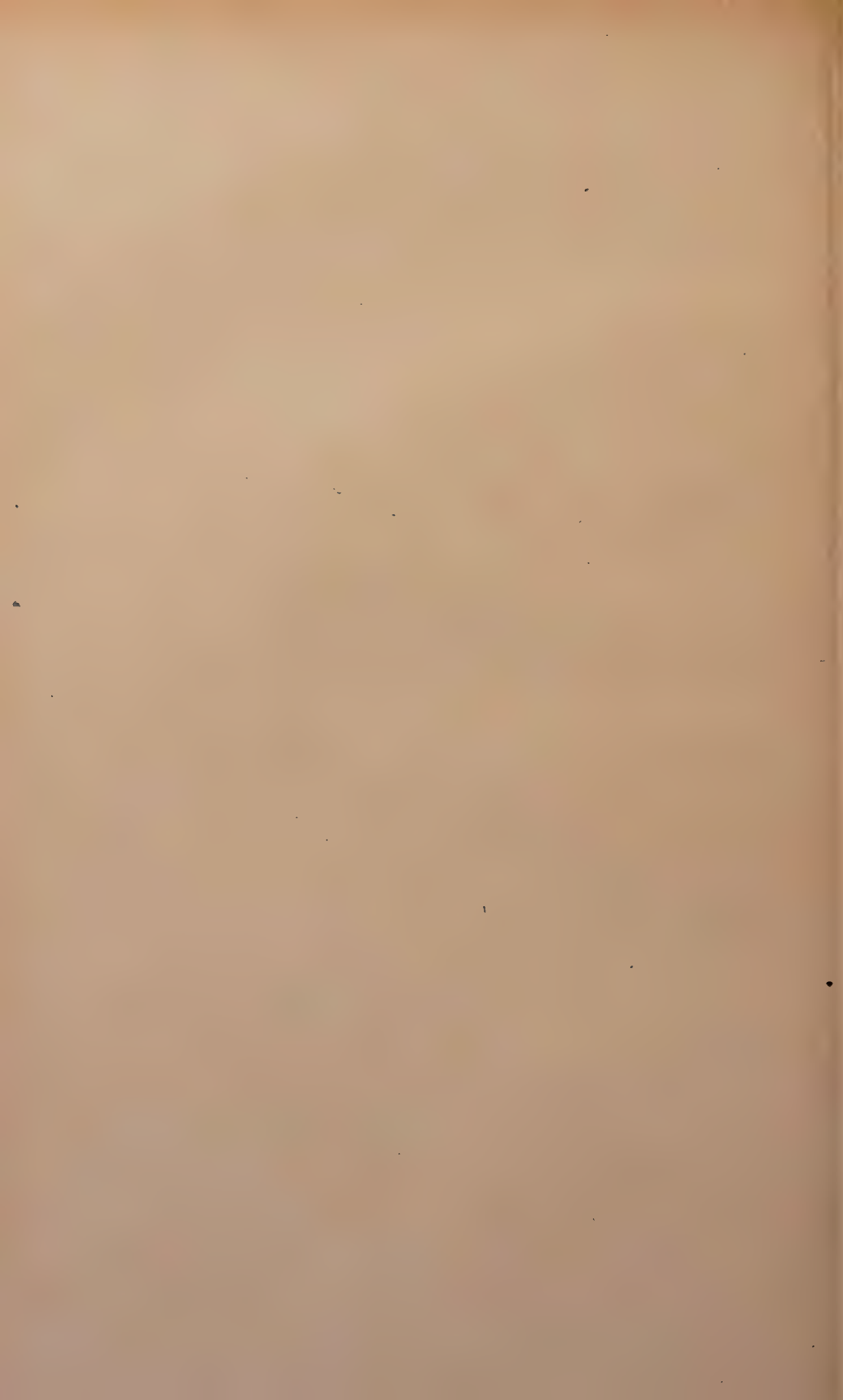
Marinesco insistait déjà sur l'influence nerveuse, réflexe des centres trophiques et sur l'importance des modifications de l'oscillométrie.

Cliniquement, ces arthropathies tabétiques se présentent comme d'énormes lésions siégeant de préférence au genou, avec de grosses déformations. Ce qui est caractéristique et ce qui différencie ces arthropathies nerveuses des arthrites syphilitiques, c'est l'absence presque complète de douleurs et de gêne fonctionnelle, c'est la coexistence fréquente d'autres troubles trophiques tabétiques, en particulier, maux perforants ou fractures spontanées.

Quant au tabès, s'il y a des cas où il est à peu près évident par la clinique et les résultats de la ponction lombaire, il en est d'autres où il est fruste, presque monosymptomatique. Ce sont là des cas où il est très difficile de faire la différence entre arthropathie syphilitique et arthropathie tabétique.

Au demeurant, certains auteurs veulent attribuer aux arthropathies syphilitiques une origine trophique, par lésion nerveuse, ce qui est les rapprocher nettement des manifestations articulaires du tabès.

Un autre point est à discuter : les arthropathies des paraplégiques (décrites d'abord par Ceillier, chez les paraplégiques de guerre) peuvent également s'observer au cours des myélites syphilitiques. Il s'agit alors encore d'arthropathies nerveuses chez un syphilitique et non d'arthropathies syphilitiques.



## TRAITEMENT

Il est souvent difficile de mettre en évidence la syphilis ; il faut savoir affirmer sa présence sur un minimum de signes pour pouvoir mettre en œuvre le traitement spécifique.

*Le traitement d'épreuve* constitue un excellent élément de diagnostic. Le seul danger, mais il est grave, est un traitement insuffisant quant aux doses ou quant à la durée. Il serait alors capable de produire, non une amélioration, mais une réactivation des lésions. Il faut toujours refaire une sérologie complète à la fin du traitement. Celui-ci doit être suffisant : une série de 15 injections de bismuth ou de 15 injections de cyanure de mercure nous semble un minimum.

*Le traitement curatif* est susceptible de modalités suivant l'ancienneté, l'activité, la gravité de la syphilis. Avant de l'entreprendre, il faudra toujours faire un bilan général de l'état du malade : examen des urines, dosage de l'urée sanguine, examen fonc-

tionnel du foie, numération globulaire. Les rhumatisants sont, en effet, souvent des malades âgés, polyscléreux. Ils sont fréquemment intolérants aux médicaments.

On sera souvent guidé dans le choix du médicament à employer par les réactions sérologiques. Si le Bordet-Wasserman est très positif, si la syphilis est récente, si le sujet ne présente aucune tare ou aucun trouble viscéral, le médicament de choix est le novarsenobenzol qui permet de faire un énergique traitement d'attaque.

Bien souvent, en raison des tares organiques, de l'âge du malade, on préférera s'abstenir d'arsenic. Le bismuth est un excellent médicament. Notons que, quelquefois, l'atrophie extrême rend difficile la pratique des injections huileuses, lentement résorbables. De plus, le bismuth non résorbé reste opaque aux rayons X et brouille les images obtenues.

Le cyanure de mercure semble moins actif. L'iodure de potassium ne doit être donné qu'avec prudence chez ces sujets qui sont parfois en imminence de défaillance cardiaque.

Il est donc bien difficile de donner une ligne de conduite schématique : il y a surtout des cas d'espèce. Nous insisterons sur l'importance qu'il y a à faire des traitements réguliers et longtemps prolongés.

*Les traitements associés* seront souvent employés. Dans les polyarthrites, on aura intérêt à faire des séries de sels d'or, de préférence liposolubles. Dans les arthroses, on donnera le traitement de fond par l'iode et le soufre dans l'intervalle des séries de piqûres.

Chaque fois qu'on soupçonnera la coexistence de syphilis et de gonococcie, on devra pratiquer le traitement associé : vaccin anti-gonococcique et arsenic. L'action des sulfamidés est encore à l'étude.

Naturellement, il ne faudra pas négliger la physiothérapie dont on sait qu'elle exerce une heureuse influence sur l'élément douleur. Certains auteurs pratiquent la pyrétothérapie associée au novarsenobenzol dont elle augmenterait l'efficacité.

*Le traitement chirurgical* constitue, comme dans toutes les formes du rhumatisme chronique, un adjuvant important. Nous croyons qu'on peut en distinguer deux modalités.

*Le traitement orthopédique* vise surtout les formes évolutives et les hydarthroses. Un appareil amovible ou un plâtre diminue immédiatement la douleur et fait disparaître le gonflement.

*Les arthrodèses et arthroplasties* seront mises en œuvre plus tardivement, alors que le traitement aura fait disparaître le caractère évolutif. On n'a

plus alors que des lésions scléreuses, cicatricielles et on doit s'efforcer de rendre un peu de mouvement aux articulations bloquées. Les modalités de l'intervention seront variables suivant la jointure atteinte, l'importance des lésions radiologiques, l'état des muscles, l'âge du sujet et son état général.

Pour la coxarthrie, une intervention minime — le forçage de la hanche — donne souvent d'excellents résultats fonctionnels.

## CONCLUSIONS

1° La syphilis peut déterminer des lésions ostéo-articulaires bien connues depuis Fournier. Ce sont des manifestations rares, apparaissant au cours d'une syphilis active.

2° Le rôle de la syphilis dans l'étiologie du rhumatisme chronique est beaucoup plus important; les manifestations les plus fréquentes sont les hydarthroses et les coxarthries.

3° Il est souvent difficile d'affirmer la spécificité qui est ancienne, insuffisamment traitée, parfois méconnue par le malade, souvent associée à d'autres infections.

4° Le traitement chimiothérapique donne des résultats inconstants. Il doit être prudent, car il s'agit de malades atteints de sclérose diffuse. L'orthopédie et la chirurgie articulaire conservent un rôle important pour corriger ou compenser les déformations.

VU : *Le Président de Thèse,*

MATHIEU.

VU : *Le Doyen,*

TIFFENEAU.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

*Le Recteur de l'Académie de Paris,*

G. ROUSSY.



## BIBLIOGRAPHIE

AUCLERT. — Contribution à l'étude des arthropathies syphilitiques. Thèse de Paris, 1908.

BERNARD. — *Bruxelles Médical*, 7 juillet 1929.

BRELET. — Rhumatisme chronique et syphilis. *Gazette des Hôpitaux*, 1927.

BROCA. — Aspect cliniques de la syphilis articulaire. *Presse Médicale*, 1921.

BROUARDEL, GIROU, LORI. — Un cas d'arthrite  $\Sigma$  avec vitiligo. *Société Médicale des Hôpitaux*, 1<sup>er</sup> décembre 1932.

BARRÉ. — Thèse, Paris, 1912.

CARNOT et BLAMOUTIER. — Rhumatisme chronique déformant chez un syphilitique ; amélioration par le traitement. *Société Médicale des Hôpitaux*, 8 juin 1923.

CASAZZA et COTTINI. — Alcune ricerche su artropatie sifilitiche. *Giorn. ital. di dermat. et sifilologia*, tome 75.

CHENET. — Notes sur l'ostéite et les ostéo-arthrites dans l'hérédosyphilis tardive. Thèse de Paris, 1918.

CHESNEY. — Syphilitic arthritis with eosinophilia recovery of pallium from the synovial fluid. *John Hopkins Hosp. Bull.*, août 1923.

CLÉMENT. — De l'importance des signes articulaires de la syphilis héréditaire tardive. Thèse de Lyon, 1929.

CICERA VOLTA. — Papel de la sífilis en las enfermedade des reumaticus. *Revista Med. de Barcelona*, juin 1933.

COSTE et FORESTIER. — Rapport au Congrès d'Aix-les-Bains, 1934.

COSTE et DE CHARMANT. — Coxarthrie et syphilis. *Médecine Internationale Illustrée*, 1934.

- COSTE et FAUVET. — Existe-t-il une coxarthrie syphilitique ?  
*Le Concours Médical*, 19 janvier 1936.
- COSTE et FAUVET. — Qu'est-ce que la coxarthrie ? *Le Monde Médical*, 15 janvier 1936.
- COSTE et FAUVET. — Sciatique et syphilis. *Le Concours Médical*, 31 mai 1936.
- COSTE, PINARD, FAUVET, HERTZ. — A propos des nodosités juxta-articulaires. *Société Médicale des Hôpitaux*, 12 juillet 1935.
- DECOURT. — Ostéo-arthropathie déformante syphilitique. *Société Médicale des Hôpitaux*, avril 1933.
- DREYFUS (GILBERT) et BOURGEOIS. — *Gazette des Hôpitaux*, 18 et 25 avril 1935.
- DUFOUR. — Etiologie syphilitique du rhumatisme chronique déformant. *Soc. Médicale des Hôpitaux*, 12 mars 1915.
- DUFOUR et RAVINA. — Etiologie syphilitique du rhumatisme chronique poly-articulaire déformant. *Société Médicale des Hôpitaux*, 1923.
- DUHOT. — Sur l'étiologie syphilitique du rhumatisme chronique déformant. *Soc. Méd. des Hôpitaux*, 30 novembre 1923.
- FOUQUET. — La syphilis articulaire. Thèse de Paris, 1904.
- FOURNIER. — In traité de Sergent, Babonneix, Ribadeau-Dumas.
- FLANDIN. — Manifestations ostéo-articulaires tardives de la syphilis. *Soc. Méd. des Hôpit. de Paris*, 14 décembre 1923.
- FREUND. — Uber syphilis der Gelenke. *Virchow's Archiv.*, tome 289.
- GUILLAIN et HAMEL. — Ostéopathie syphilitique avec Argyll. *Revue de Neurologie*, 1905.
- GASTON. — La syphilis ostéo-articulaire. *Paris Médical*, 3 mars 1913.
- GOUGEROT. — Forme articulaire pseudo-rhumatismale de la crise nitritoïde. *Paris Médical*, 1923.

- GOUGEROT. — Ostéopathie syphilitique avec Argyll. *Revue de Neurologie*, 1905.
- GOUGEROT. — Hybrides de syphilis et de gonococcie. *Presse Médicale*, septembre 1933.
- HAGUENEAU et BERNARD. — Rhumatisme chronique déformant et syphilis. *Soc. Méd. des Hôp.*, 19 janvier 1923.
- HARVIER et BARIETY. — *Paris Médical*, 23 février 1935.
- HOFFMANN. — Befunde zur Kenntniss der Gelenksyphilis Archiv für Klinische Chirurgie, tome 171.
- LANCEREAUX — *Société de Chirurgie*, sept. 1863
- LÆPER, BERGERON. — Syphilis et rhumatisme. *Soc. Médicaté des Hôp. de Paris*, 7 juillet 1916.
- LOUSTE. — Les arthropathies syphilitiques. *Journal de Médecine et Chirurgie pratiques*, 1914.
- MILIAN. — In traité de Gilbert et Thoinot.
- MORESTIER. — Syphilis articulaire. *Arch. générales de médecine*, 1901.
- MÉNARD et MOZER. — *Journal de Médecine de Paris*, juillet 1923.
- PINEAU. — *Arthropathies syphilo-thérapeutiques*. Thèse de Paris, 1923.
- PAILLARD. — Syphilis et rhumatisme. *Jour. Méd. Français*, avril 1922.
- SCHLESINGER. — Pseudo-rumatisme fébrile syphilitique. *Klin. Woch.*, 1923.
- TORLAIS. — *Journal de Médecine de Bordeaux*, 10 juin 1935.
- TRIDOU et MIGINIAC. — Deux nouvelles observations d'arthrite hérédo-syphilitique de l'épaule. *Revue orthopédique*, 1922.
- VAGNON. — Contribution à l'étude du rhumatisme chronique syphilitique. Thèse de Lyon, 1924.
- WEIL et BOURGEOIS. — Contribution à l'étude de la syphilis articulaire de l'adulte. *Presse Médicale*, 1925.
- WEISSENBACH et FRANÇON. — *Concours Médical*, 31 mars 1929.
- WEISSENBACH et LIÈVRE. — Sur la syphilis du genou. *Revue du Rhumatisme*, 1938.

## TABLE DES MATIERES

|                                                                                     |    |
|-------------------------------------------------------------------------------------|----|
| INTRODUCTION .....                                                                  | 11 |
| HISTORIQUE .....                                                                    | 15 |
| LES DONNÉES CLASSIQUES SUR LA SYPHILIS ARTICU-<br>LAIRE .....                       | 19 |
| CARACTÈRES GÉNÉRAUX DU RHUMATISME CHRONIQUE<br>SYPHILITIQUE .....                   | 27 |
| LE RHUMATISME CHRONIQUE SYPHILITIQUE. — SES<br>MODALITÉS ET SES LOCALISATIONS ..... | 33 |
| LES ARTHROPATHIES PARA-SYPHILITIQUES .....                                          | 43 |
| TRAITEMENT .....                                                                    | 47 |
| BIBLIOGRAPHIE .....                                                                 | 53 |



